

**АГЕНТСТВО ПО УПРАВЛЕНИЮ ДЕЛАМИ "SINGLE ENTRY POINT"
УВЕДОМЛЕНИЕ О ПОДАЧЕ ДОКУМЕНТОВ**

Имя, фамилия клиента _____ № Удостоверения штата/№ Медикейд _____

Адрес: _____ Телефон: _____

ДАННОЕ УВЕДОМЛЕНИЕ ОТНОСИТСЯ К ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ ПРОГРАММАМ ПО ДОЛГОВРЕМЕННОМУ УХОДУ

- Комплексное обеспечение детей (HCBS-CES)
- Программа развития жизненных навыков у детей на дому (HCBS-CHRP)
- Домашняя и общественная программа обслуживания детей (CHCBS)
- Домашняя и общественная программа для пациентов с травмами головного мозга (HCBS-BI)
- Домашняя и общественная программа для детей с аутизмом (HCBS-CWA)
- Домашняя и общественная программа для лиц с психическими расстройствами (HCBS-MI)
- Домашняя и общественная программа для лиц больных СПИД (HCBS-PLWA)
- Домашняя и общественная программа для лиц с нарушениями развития (HCBS-DD)
- Домашняя и общественная программа для пожилых, слепых и инвалидов (HCBS-EBD)
- Вспомогательные услуги для проживания (HCBS-SLS)
- Уход за взрослыми, проживающими в приюте (AFC)
- Пособие по домашнему уходу (HCA)
- Долговременное медицинское обслуживание на дому (LTNH)
- Полная программа обслуживания пожилых лиц (PACE)
- Дом престарелых с медицинским обслуживанием
- Патронажная поддержка по индивидуальной программе (CDAS)
- Уход за пожилыми лицами по индивидуальной программе (CDCE)
- Прочие _____

- (A) Ваш функциональный уровень дает Вам право на обслуживание в рамках указанной выше программы с _____ по получению финансового утверждения Медикейд.
- (B) Вы соответствуете требованиям по предоставлению долгосрочного обслуживания по указанной выше программе и поставлены на очередь с _____
- (C) Объем услуг сокращен или изменен с _____ по причине _____
Сокращенные или измененные услуги _____
Применимые правила: (Ссылаясь на правило №) _____
- (D) Вы НЕ можете быть поставлены на очередь или НЕ соответствуете или больше НЕ соответствуете требованиям на получение услуг по указанной выше программе (программам) с _____ потому, что:
- Вы не соответствуете уровню функциональных требований.
 - Вы не соответствуете целевым критериям программы.
 - Вы не согласились принимать услуги или не принимали их в течение тридцати (30) дней.
 - Вы дважды в течение одного тридцатидневного (30) срока отказались от назначения визита ПО***проверке или не явились на назначенный визит в течение одного тридцатидневного (30) срока.
 - Вам не может быть оказано безопасное обслуживание в рамках ограничений по стоимости программы HCBS.
 - Вы госпитализированы в течение тридцати (30) дней.
 - Ваша функциональная дееспособность не соответствует проходимой оценке для программы HCA.
 - У вас нет необходимости в получении платных услуг по программе HCA.
 - Вы не соответствуете критериям по размещению на AFC или ACF программы.
 - Вы отказались подписать регистрационный бланк, план обслуживания и(или) разрешение на выдачу информации или другие документы, необходимые для получения обслуживания.
 - Прочее: _____

*Применимые правила: (Ссылаясь на правило №) _____

При несогласии с указанным выше решением Вы можете подать апелляцию в организации штата и потребовать рассмотрения Вашего дела Судьей по Административным делам. Для продолжения оказываемых Вам услуг Вы должны подать апелляцию не позднее указанной выше даты. Предупреждаем, что в случае отклонения Вашей апелляции агентство “Single entry point” может взыскать или потребовать взыскания платежей за предоставленные Вам льготы.

Для подачи апелляции обращайтесь в письменной форме по адресу:

THE STATE OFFICE OF ADMINISTRATIVE COURTS, 1525 SHERMAN STREET, 4TH FLOOR, DENVER, CO 80203

ДО _____ ИЛИ ВАМ МОЖЕТ БЫТЬ ОТКАЗАНО В ПРАВЕ НА АПЕЛЛЯЦИЮ И(ИЛИ) НА ЛЬГОТЫ.

Подпись ведущего(case manager) № телефона _____ _____
Подпись руководителя № телефона

Название агенства ведущего (печатными буквами) Отправлено _____
Дата

НА ПЕРВОЙ СТРАНИЦЕ ДАННОГО ДОКУМЕНТА ПРИВЕДЕНО УВЕДОМЛЕНИЕ О ПРЕДЛОЖЕННЫХ ДЕЙСТВИЯХ, ОПРЕДЕЛЕННЫХ АГЕНТСТВОМ “SINGLE ENTRY POINT”. НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫ ВАШИ ПРАВА НА ПОДАЧУ АПЕЛЛЯЦИИ.

АПЕЛЛЯЦИЯ В СУДЕ ШТАТА

В случае несогласия с приведенными на первой странице данного документа предложенными действиями и желанием подать апелляцию в судебные организации штата, Вы должны **в письменной форме** обратиться по адресу: **the State Office of Administrative Courts at 1525 Sherman Street, 4th Floor, Denver, CO 80203 не позднее указанной даты.**

В письме укажите о Вашем желании апеллировать и причину апелляции. При заполнении необходимых *документов, Вы можете воспользоваться помощью любых лиц и организаций, включая Отдел юридических услуг.

После получения Вашей апелляции Канцелярия Суда по Административным делам (Office of Administrative Courts) направит Вам письмо, в котором будут указаны дата, время и место слушания, а *также, приведено описание процедуры слушания дела по апелляции. У Вас имеется право представлять Ваши интересы в суде самостоятельно или воспользоваться услугами адвоката, друга, родственника или прочего лица, представляющего Ваши интересы на судебном слушании.

Агентство “Single entry point” обязано представить Вам полное и подробное объяснение предложенных действий. Вы или Ваш уполномоченный представитель имеете право ознакомиться с документами, **использованными агентством “Single entry point” при определении решения по предложенным*** *действиям.

ДИСКРИМИНАЦИЯ

Если Вы считаете, что подвергаетесь дискриминации в силу расы, цвета кожи, пола, возраста, религиозных или политических убеждений, национальности или физических недостатков, Вы имеете право обратиться с жалобой в Колорадское Отделение по Гражданским Правам по адресу или в Секретариат по вопросам Здравоохранения, Образования и Вспомоществования: Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, 999 18th Street, Suite 417, Denver, CO 80202 or Secretary of Health, Education and Welfare, 330 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ О НАКАЗУЕМОСТИ

При даче заведомо ложных показаний, информации или использовании прочих обманных методов для получения социальной или медицинской помощи, на которые Вы не имеете прав, Вам могут быть предъявлены обвинения в хищении, в соответствии со штатным и(или) федеральным законодательством. В случае признания Вас виновным в незаконном получении указанных выше видов помощи Вам может быть назначено наказание в виде штрафа и(или) тюремного заключения за хищение.

ЗАЯВЛЕНИЕ НА АДМИНИСТРАТИВНОЕ СУДЕБНОЕ СЛУШАНИЕ

Я выражаю несогласие с решением агентства ведущего (case manager), причины которого указаны в дополнительной форме "Notice of Action", что я не соответствую функционально в получении программ долговременного обслуживания или мои сервисы сокращены/изменены. Я прошу пересмотра моего дела Судьей по Административным делам.

Имеющиеся у Вас причины для апелляции:

Дата

Имя клиента (печатными буквами)

№ соц. страх. (SSN)

Подпись клиента

№ удостоверения штата
(Medicaid #)

Адрес

Город и штат

Почтовый индекс

Код и № телефона

Представитель (если участвует)

Код и № телефона

Название агенства ведущего (печатными буквами)

Это заявление должно быть получено в Канцелярии Суда по Административным делам до _____

Отправьте заполненные документы по адресу : State Office of Administrative Courts
1525 Sherman Street, 4th Floor
Denver, CO 80203